



PETICIÓN PARA CAMBIAR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Cliente: _____	Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____ Número de Caso Cuidado de Niños: _____ Fecha: _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Escriba un número de teléfono donde podamos llamarle durante el día Hogar: _____ Trabajo: _____ </div>
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Complete y Envíe SÓLO cuando CAMBIE o AÑADE a otro proveedor.
NO lo complete si ya ha enviado un formulario para su nuevo proveedor.**

Si cambia proveedores o añade a otro proveedor, usted y su nuevo proveedor deben completar y FIRMAR las páginas adjuntas. También asegúrese que completa esta página de portada. Devuelva esta página de portada con las páginas adjuntas a la dirección indicada más adelante. DEBEMOS TENER esta información antes de poder hacer pagos a su nuevo proveedor.

Se le notificará a usted y a su proveedor dentro de los 30 días después de que recibamos la información completada. Después de que se apruebe a su nuevo proveedor, enviaremos al nuevo proveedor un formulario de facturación llamado Certificado para Cuidado de Niños el cual debe ser completado mensualmente para pagarle a su nuevo proveedor.

Si está CAMBIANDO de proveedores, complete esta caja:

Nombre del NUEVO proveedor: _____

¿Cuál es la FECHA que este proveedor empezó a cuidar a su(s) hijo(s)? _____

Nombre del proveedor que usted está reemplazando: _____

¿Cuál es la FECHA que este proveedor dejó de cuidar a su(s) hijo(s)? _____

Si quiere AÑADIR proveedores, complete esta caja:

Nombre del proveedor ADICIONAL: _____

¿Cuál es la FECHA que este proveedor empezó a cuidar a su(s) hijo(s)? _____

Si su nuevo proveedor de cuidado de niños no quiere completar las páginas adjuntas, llame al _____ y pida hablar con un consejero de padres en la agencia de Cuidado de Niños, Recursos y Referencias en su sector. Ellos pueden ayudarle a encontrar un nuevo proveedor.

El Departamento se reserva el derecho de requerir comprobantes de toda la información en las páginas adjuntas.

GUARDE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS. Por favor envíe este formulario a:



PETICIÓN PARA CAMBIAR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

SECCIÓN 1 - ARREGLOS PARA CUIDADO DE NIÑOS O GUARDERÍA

Nombre del proveedor (Incluya el horario de cada proveedor para los que solicita pagos). _____

Número de Registro del Proveedor (Proveedores sin número de registro deben llamar a CCR&R) _____

Anote solamente los niños que serán cuidados por ESTE proveedor o guardería.
Si sus niños van a la escuela, pre-k, o Head Start en otro lugar durante el día, anote sólo las horas que ESTE proveedor los cuida. Para los niños que están asistiendo a la escuela, indique solamente las horas que están en cuidado de niños.

Horario del Cuidado de Niños

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	Tarifa Diaria
			DE	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
		A	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	

¿Va a la escuela el niño de la lista? Sí No Todo el año

¿Qué horas está el niño en la escuela? _____

¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor? Sí No

¿Cambia el horario de cuidado de este niño? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

¿Ofrece el proveedor descuentos por varios niños / familia? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

Horario del Cuidado de Niños

Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	Tarifa Diaria
			DE	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
		A	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	

¿Va a la escuela el niño de la lista? Sí No Todo el año

¿Qué horas está el niño en la escuela? _____

¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor? Sí No

¿Cambia el horario de cuidado de este niño? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

¿Ofrece el proveedor descuentos por varios niños / familia? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____



PETICIÓN PARA CAMBIAR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

Horario del Cuidado de Niños										Tarifa Diaria
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
		DE	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
		A	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

¿Va a la escuela el niño de la lista? Sí No Todo el año

¿Qué horas está el niño en la escuela?

¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor? Sí No

¿Cambia el horario de cuidado de este niño? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

¿Ofrece el proveedor descuentos por varios niños / familia? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

Horario del Cuidado de Niños										Tarifa Diaria
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
		DE	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
		A	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

¿Va a la escuela el niño de la lista? Sí No Todo el año

¿Qué horas está el niño en la escuela?

¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor? Sí No

¿Cambia el horario de cuidado de este niño? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

¿Ofrece el proveedor descuentos por varios niños / familia? Sí No

Si es sí, por favor _____

Horario del Cuidado de Niños										Tarifa Diaria
Nombre del Niño	Edad		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
		DE	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
		A	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

¿Va a la escuela el niño de la lista? Sí No Todo el año

¿Qué horas está el niño en la escuela?

¿Está la escuela en el mismo lugar que el proveedor? Sí No

¿Cambia el horario de cuidado de este niño? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____

¿Ofrece el proveedor descuentos por varios niños / familia? Sí No

Si es sí, por favor explique: _____



PETICIÓN PARA CAMBIAR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Para ser completado por el solicitante y el Proveedor **JUNTOS** (Escriba en letra de molde claramente con tinta negra o azul).

**Los padres o padrastros / madrastras no pueden recibir pagos por proveer cuidado de niños de ningún niño del hogar.
Los proveedores tienen que tener por lo menos 18 años de edad y tener el requisito de antecedentes penales.**

Nombre del Proveedor de Cuidado de Niños			Si es Centro de Cuidado de Niños, Nombre de la Corporación	
Dirección	Número de Apartamento	Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección de Correos Address, si es diferente:			Condado	
Número de Teléfono	Número de Fax	E-mail		
Fecha de Nac. (MM/DD/AAAA (No se requiere para Centros y Proveedores con Licencia)		Mes: _____	Día: _____	Año: _____
<p>El Proveedor Debe Completar Uno: Nota: Lea las instrucciones incluídas con el formulario W-9 para información sobre estas opciones.</p> <p>Si ya esta registrado como un proveedor para este programa, anote solamente su número de registro.</p>	Número de Seguro Social (Individual o propietario único)			
	FEIN (Corporación, sociedad o propietario único)			
	Código unida Gobierno (Escuela pública, distrito de parque)			
	Número de Registro de Proveedor de IDHS			
Se considera que los proveedores de Cuidado de Niños tienen negocio propio y no se pueden deducir los impuestos de los pagos del IDHS. Este ingreso paga impuestos y debe ser declarado en los documentos de impuestos. La Oficina de la Contraloría envía el formulario 1099 con información de impuestos al final de cada año a todo proveedor individual que gana \$600 o más al año.				
Fecha en que el proveedor de cuidado empezó o comenzará a cuidar al os niños: (MM/DD/AAAA) _____				
¿Ha sido usted aprobado por el Sistema Illinois Quality Counts Quality Rating (QRS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Es usted empleado del Departamento de Servicios Humanos o de otra agencia del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha sido usted convicto de algo que una violación menor de tránsito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, por favor explique: _____				

COLABORACIONES PARA CUIDADO DE NIÑOS

¿Está aprobado en Colaboración de Cuidado de Niños de IDHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque lo que aplica: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> ISBE Pre-K
¿Está algún niño de esta familia registrado como niño en colaboración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuánto dura su programa? <input type="checkbox"/> 9 Meses <input type="checkbox"/> 12 Meses <input type="checkbox"/> Otro _____	



PETICIÓN PARA CAMBIAR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

ARREGLOS PARA CUIDADO LEGAL

Marque el tipo apropiado de cuidado de niños. Si tiene licencia, complete la información para cuidado de niños con licencia.

CENTROS Y PROVEEDORES CON LICENCIA	*INFORMACIÓN DE LICENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS
<input type="checkbox"/> Centro de Cuidado de Niños con Licencia (760)* <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado de Niños Exent Licencia (761) <input type="checkbox"/> Hogar de Cuidado de Niños con Licencia (762)* <input type="checkbox"/> Hogar de Cuidado de Niños en Grupo con Licencia (763)*	(NO escriba # de licencia para niños de crianza (Foster Care)) Capacidad de licencia: _____ Capacidad de licencia: _____ Día _____ Noche Fecha Licencia Caduca _____ Horario de Atención: De _____ Hasta _____

CUIDADO POR PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)	CUIDADO POR NO-PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)
<input type="checkbox"/> En el hogar del proveedor de Cuidado de Niños (765) <input type="checkbox"/> En el hogar del niño (767)	<input type="checkbox"/> En el hogar del proveedor de Cuidado de Niños (764) <input type="checkbox"/> En el hogar del niño (766)

Mi parentesco con los niños: _____

Lenguaje: Inglés Español Polaco Chino Otro: _____

NO SE REQUIERE PARA PROVEEDORES CON LICENCIA				
Si el cuidado se provee en el hogar del proveedor, indique todas las personas que viven en el hogar del proveedor				
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NAC.	PARENTESCO CON EL PROVEEDOR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL



PETICIÓN PARA CAMBIAR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor:

SECCIÓN 3 - CERTIFICACIÓN DE PADRES / TUTOR

Después de leer cada una de las siguientes declaraciones, yo certifico que:

- * Entiendo que soy responsable de pagar una parte de mis Costos por el cuidado de niños (cuota de los padres) al proveedor del cuidado de niños y no hacerlo puede resultar en la pérdida de mi proveedor de cuidado de niños.
- * Entiendo que mi elegibilidad será determinada nuevamente cada seis (6) meses o cuando sea necesario.
- * El/los niño(s) tiene(n) las vacunas actualizadas y la verificación se encuentra archivada con el proveedor de cuidado de niños.
- * Se ha completado una revisión de cada local / hogar y estoy de acuerdo que es un ambiente seguro.
- * He dado una notificación por escrito a cada proveedor de cuidado de niños si quiero que otra persona además de mí recoja al/los niño(s).
- * Se ha entregado a cada proveedor de cuidado de niños un número telefónico de emergencia y consentimiento escrito para la atención médica y para dar medicinas recetadas.
- * El nombre del médico de familia está en el archivo de cada proveedor de cuidado de niños.
- * Soy responsable de la selección de proveedores de cuidado de niños para mi(s) niño(s).
- * Informaré sobre cualquier cambio en el cuidado de niños, empleo o tamaño de familia, dentro de 10 días. No reportar cambios a tiempo puede dar lugar a un exceso de pagos que tendré que pagar y / o pérdida de beneficios de cuidado de niños.
- * Entiendo que debo estar trabajando o asistiendo a un programa de educación o actividad aprobado por IDHS u otra actividad relacionada a trabajo para ser elegible para beneficios de cuidado de niños.
- * Entiendo que la información proporcionada será revisada con el Estado y otras bases de datos, y si se detectan inconsistencias, el proceso de mi solicitud, renovación o cambio de información puede ser retrasado o negado.
- * Entiendo que proveer un número de Seguro Social incorrecto / ficticio o retener información del número de Seguro Social con el fin de defraudar al Estado de Illinois, causará que se me procese con el mayor peso de la ley.
- * La información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y que puede ser necesaria para verificar la información que he proporcionado.
- * Entiendo que tengo el derecho de apelar y tener una audiencia imparcial de una queja.
- * Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que proporciono es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el dar información falsa o no proveer información correcta también puede causar exceso de pagos que tendré que pagar y podría causar un juicio por fraude.

Con mi firma doy mi consentimiento y autorización para que la información sea entregada al Departamento de Servicios Humanos o a sus agentes para establecer mi elegibilidad o mi elegibilidad continua para el cuidado de niños.

Firma del Padre / Madre / Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Otro Padre / Madre / Tutor: _____ Fecha: _____



PETICIÓN PARA CAMBIAR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Nombre del Padre / Madre / Tutor: _____

SECCIÓN 4 - CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Después de leer cada una de las siguientes declaraciones, yo certifico que:

- * Los padres tendrán acceso sin restricciones a sus hijos en todo momento.
- * Se han seguido todos los códigos de bomberos estatales y locales, de salud y seguridad.
- * Todos los proveedores de cuidado de niños y el personal deben tener un examen médico que no tenga más dos años y una prueba de tuberculina documentado en los archivos de la instalación o casa dentro de los 90 días en que se firmó este formulario. La prueba cutánea de tuberculina no debe ser posterior a la fecha en que el proveedor y el personal comenzó a prestar servicios de cuidado de niños.
- * Todo producto de limpieza, venenos y otros materiales peligrosos se almacenan en una zona inaccesible a los niños.
- * No hay armas de fuego o municiones en el hogar o algún arma de fuego o municiones en el hogar se guardan bajo llave todo el tiempo.
- * Los suministros de primeros auxilios están disponibles.
- * No hay castigo corporal
- * Siempre se proporcionará diariamente a los niños juegos y actividades físicas apropiados para su desarrollo .
- * Se supervisará a los niños todo el tiempo (dentro y fuera del lugar).
- * Los niños tendrán siempre comidas y meriendas nutritivas diarias de acuerdo al número de horas en el cuidado.
- * No he sido responsable, y si soy un proveedor en el hogar, nadie que vive en mi hogar que es mayor de 13 años, ha sido responsable de abuso o negligencia de niños o han sido responsables de actos de abuso sexual o explotación sexual de niños. Yo autorizo al Departamento de Servicios Para Niños y Familia a que revisen por medio del Sistema de Rastreo - Información Sobre Abuso y Negligencia de Menores (Child Abuse and Neglect tracking -System- CANTS) y el Registro de Delincentes Sexuales (SOR) para confirmar esta información con el Departamento de Servicios Humanos.
- * Yo y miembros de mi familia puede que necesitemos completar un formulario de Autorización Para Revisión de Antecedentes. El CCR&R le enviará por correo este formulario con instrucciones si se requiere completarlo

Después de leer las siguientes declaraciones sobre los reglamentos del programa de asistencia para cuidado de niños, Yo entiendo que:

- * Si soy un proveedor de cuidado de niños en el hogar, informaré dentro de 10 días sobre cualquier nueva persona que vive en mi hogar.
- * La información provista será revisada usando bases de datos del Estado.
- * Entiendo que la información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y que puede ser necesaria para verificar a información, pero también está sujeto a revelarse bajo la Ley de libertad de información (Freedom of information act - FOIA).
- * No me pueden pagar hasta que complete un formulario W-9 y me certifique la Oficina del Contralor.
- * Yo soy responsable de recoger la cuota de cada familia y la cuota será deducida del pago que recibo de IDHS.
- * El Estado tiene la obligación de hacer deducciones de pago para todos los proveedores de cuidado de niños en el hogar de acuerdo al contrato con el Sindicato Para Empleados en Servicios (Service Employees International Union - SEIU).
- * El Estado no es responsable del pago de servicios por cuidado de niños antes de la fecha de la notificación de aprobación expedido por el Estado.
- * Si soy un proveedor en centro de cuidado de niños, hogar con licencia, u hogar en grupo, mantendré, durante un mínimo de cinco (5) años a partir de la fecha de pago, todos los registros de asistencia diaria para documentar completamente los servicios prestados y me comprometo a tener disponibles todos los registros y documentación relacionado a los servicios facturados para cualquiera y todas los representantes autorizados del Departamento y autoridades Federales.
- * El no mantener registros adecuados establecerá la presunción a favor del Estado por los fondos pagados por el Estado para lo cual no hay documentación adecuada para apoyar el pago
- * Para ser considerados exento de licencia por DCFS, puedo cuidar no más de tres niños durante un día cualquiera, incluyendo a mis propios hijos, a menos que todos los niños sean del mismo hogar.
- * Si no tengo licencia de DCFS, se adjuntan copias de mi tarjeta de Seguro Social y licencia de conducir vigente, tarjeta de identificación estatal, o una identificación militar. Para estar al día, la licencia de conducir o identificación debe incluir mi dirección actual.
- * Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que proporciono es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el dar información falsa o no proveer información correcta también puede causar exceso de pagos que tendré que pagar y podría resultar en ser enjuiciado por fraude.
- * Que las tarifas aplicadas al Estado de Illinois no excedan el máximo permitido por el Estado y no excedan aquellos aplicados al público en general por servicios similares. Esto incluye descuentos, tales como descuentos para múltiples niños, descuentos para el personal, descuentos de toda la semana, descuentos por pago en efectivo y cuotas por escalas móviles.
- * Certifico que las horas de cuidado de niños no son horas que el niño está en la escuela.
- * Que deliberadamente proveer un número de Seguro Social incorrecto / ficticio con el fin de defraudar al Estado de Illinois causará que sea enjuiciado con todo el peso de la ley.
- * Mi firma es mi consentimiento y autorización para que se revele la información al Departamento de Servicios Humanos o a sus agentes que pueden establecer mi elegibilidad o mi continua elegibilidad para el Programa de Cuidado de Niños.

Al firmar y fechar este documento certifico que he leído y entendido todas las instrucciones mencionadas anteriormente. Yo certifico que las declaraciones que enumeradas son verdaderas y que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.

Firma del Proveedor de Cuidado de Niños: _____

Fecha: _____